

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Dor crónica ou recorrente, ansiedade relacionada com a  
dor e impacto escolar numa amostra de adolescentes  
portugueses**

**Maria Ribeiro da Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2017**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Dor crónica ou recorrente, ansiedade relacionada com a dor e  
impacto escolar numa amostra de adolescentes portuguesas**

**Maria Ribeiro da Silva**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Luísa Barros**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2017**

*“A failure is not always a mistake,  
it may simply be the best one can do under the circumstances.  
The real mistake is stop trying.”*

(B. F. Skinner)

## Agradecimentos

À Professora Doutora Luísa Barros, que não só me orientou neste estudo, como apoiou e motivou a fazer cada vez melhor nestes dois anos de mestrado,

À Professora Ana Isabel Pereira, que foi paciente e incansável na sua ajuda, no decorrer da análise de resultados deste estudo,

Aos meus professores, que contribuíram, cada um de forma especial, para a minha formação nestes 5 anos e procuraram, sempre, dar-nos o melhor do seu conhecimento,

Aos alunos e professores do Agrupamento de Escolas de Azambuja, que prontamente acederam à recolha de dados deste estudo,

Aos amigos da faculdade, aqueles com quem partilhei medos, dúvidas e tantos bons momentos, especialmente às minhas *sobrinhas* que tornaram os meus últimos anos na faculdade mais sorridentes,

À Vera, à Carolina e ao André, que estiveram presentes nesta experiência desde que me lembro e que trouxeram outro encanto e significado a Lisboa,

Aos meus amigos de sempre, com quem partilhei a maioria dos anos da minha vida, e em especial à Ana, à Diana e ao Silvestre que me acompanharam nas longas noites de estudo,

À minha família, que me apoiou durante todo o percurso académico, em especial à minha tia, *revisora oficial de ortografia* desta dissertação e aos meus pais que além do apoio monetário, proporcionaram a motivação e exigência necessária durante esta caminhada de 5 anos,

O meu sincero agradecimento a todos!

## **Resumo**

O objetivo do presente estudo foi contribuir para o conhecimento da experiência de dor, nomeadamente, crónica ou recorrente, e explorar a ansiedade relacionada com a dor e impacto académico da dor, na população adolescente portuguesa. A amostra comunitária foi composta por jovens entre os 11 e 19 anos do Agrupamento de Escolas de Azambuja, na região de Lisboa e Vale do Tejo. As medidas deste estudo foram todas de auto reporte, nomeadamente, o questionário sociodemográfico e de classificações escolares, o questionário Dor em Adolescentes, a Escala de Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS), a subescala de sintomas emocionais do Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) e a subescala de competência escolar da Escala de Autoconceito para Adolescentes (SPPA). Os resultados obtidos sugerem a adequação da versão Portuguesa da escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS). Observou-se uma elevada frequência quer da dor em geral, quer da dor crónica ou recorrente. Os adolescentes que reportaram dor crónica ou recorrente têm uma perceção das dores como significativamente mais graves e intensas, contudo, não foram verificadas diferenças quanto à ansiedade relacionada com a dor. O grupo de jovens que não relatou dores apresentou menos sintomas emocionais que os grupos que reportaram dor. Não foram verificadas diferenças significativas quanto ao sucesso e autoconceito académico nos jovens sem dor, com dor não crónica e com dor crónica. A ansiedade relacionada com a dor nos jovens com dor crónica permite prever uma percentagem reduzida, mas significativa, da gravidade da dor, e que a ansiedade relacionada com a dor nestes jovens é principalmente explicada pelos sintomas emocionais. Este estudo sugere a necessidade de focar da ansiedade relacionada com a dor e sintomas de internalização na intervenção com jovens com dor crónica ou recorrente.

**Palavras-chave:** Dor Crónica ou Recorrente; Ansiedade Relacionada com a Dor; Impacto Escolar; Adolescência;

## **Abstract**

The objective of the present study was contributing to the knowledge of the pain experience, namely chronic or recurrent pain, and explore pain anxiety and academic pain impact in the Portuguese adolescent population. The community sample was composed of young people aged between 11 and 19 years of the School Group of Azambuja, in the region of Lisboa e Vale do Tejo. The measures of this study were all self-reported, namely the socio-demographic and school classification questionnaire, the questionnaire Pain in Adolescents, the Child Pain Anxiety Symptoms Scale (CPASS), the Emotional Symptom subscale of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Por) and the school competency subscale of the Self Perception Profile for Adolescents (SPPA). The results suggest the adequacy of the Portuguese version of the Child Pain Symptoms Scale (CPASS). There was a high frequency of both pain in general and chronic or recurrent pain. Adolescents who report chronic or recurrent pain have a perception of pain as significantly more severe and intense, but no differences were verified for pain anxiety. The group of youngsters who did not report pain had less emotional symptoms than those reporting pain. There were no significant differences in success and academic self-concept in the adolescents without pain, with non-chronic pain and with chronic pain. Pain anxiety in youngsters with chronic pain allows predicting a reduced but significant percentage of the severity of pain, and that pain anxiety in these youngsters is mainly explained by emotional symptoms. This study suggests the need to focus on pain anxiety and internalization symptoms in intervention with youngsters with chronic or recurrent pain.

**Keywords:** Chronic or Recurrent Pain; Pain Anxiety; School Impact; Adolescence;

## Índice

1. Enquadramento teórico .....	1
1.1 Prevalência da dor crónica ou recorrente em crianças e adolescentes .....	1
1.2 Tipos de dor .....	2
1.3 Dor crónica ao longo do desenvolvimento .....	3
1.4 Modelos de interpretação da dor crónica .....	4
1.5 Dor e sintomas de internalização .....	6
1.6 Ansiedade relacionada com a dor .....	7
1.7 Impacto da dor pediátrica crónica ou recorrente: A Qualidade de Vida.....	8
1.8 Impacto escolar da dor crónica .....	9
1.9 Objetivos.....	10
2. Metodologia .....	12
2.1. Amostra.....	12
2.2. Instrumentos.....	12
2.2.1. Questionário sociodemográfico e informação sobre as classificações escolares.....	12
2.2.2. Questionário “Dor em Adolescentes” .....	12
2.2.3. Escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS).....	13
2.2.4. Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por).....	14
2.2.5. Escala de Autoconceito para Adolescentes (SPPA).....	14
2.3. Procedimento .....	15
2.4. Procedimentos da análise estatística .....	16
3. Análise de Resultados .....	18
3.1. Estudo das propriedades psicométricas da Child Pain Anxiety Symptoms Scale (CPASS) traduzida e adaptada neste estudo .....	18

3.2.	Caracterização da amostra .....	19
3.3.	Caracterização da dor.....	19
3.4.	Comparação de resultados dos três grupos de dor deste estudo .....	21
3.5.	Relação entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor e variáveis sociodemográficas, Sintomas Emocionais e Académicas em jovens que reportaram dor.....	24
3.6.	Relação entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor com as variáveis sociodemográficas, Sintomas Emocionais e Académicas em jovens com dor crónica ou recorrente .....	25
3.7.	Estudo dos preditores da Gravidade e da Ansiedade Relacionada com a Dor no grupo de jovens com Dor Crónica ou Recorrente.....	26
4.	Discussão de Resultados .....	28
5.	Conclusões .....	34
	Referências Bibliográficas.....	36
	Anexos.....	44



## Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) traduzida e adaptada para a população portuguesa.....	18
Tabela 2. Resultados da análise descritiva da caracterização sociodemográfica da amostra.....	19
Tabela 3. Caracterização da dor .....	20
Tabela 4. Comparações entre os grupos de jovens que não reportaram dores, que reportaram dores não crónicas ou recorrentes e que reportaram dores crónicas ou recorrentes .....	22
Tabela 5. Comparações entre o grupo de jovens que reportou dores não crónicas ou recorrentes e o grupo que reportou dores crónicas ou recorrentes .....	23
Tabela 6. Correlações entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor e variáveis sociodemográficas, Sintomas de Emocionais e Académicas em jovens que reportaram dor .....	24
Tabela 7. Correlações entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor e variáveis sociodemográficas, Sintomas Emocionais e Académicas em jovens que reportaram dor crónica ou recorrente.....	25
Tabela 8. Análise de regressão linear múltipla, tendo por variável dependente a Gravidade .....	26
Tabela 9. Análise de Regressão linear múltipla tendo por variável dependente a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) .....	27

## **Índice de anexos**

Anexo I. Autorização de Inquérito em Meio Escolar .....	44
Anexo II. Protocolo de Consentimento Informado aos Encarregados de Educação ....	45
Anexo III. Explicação do estudo aos jovens .....	47
Anexo IV. Primeira questão do questionário “Dor em Adolescentes” .....	48
Anexo V. Primeira questão da versão portuguesa da escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS) .....	49

## **Introdução**

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto de dissertação para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, no Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença. Esta dissertação tem como objetivo principal contribuir para o conhecimento da experiência de dor, nomeadamente crónica ou recorrente, e explorar a ansiedade relacionada com a dor e impacto académico da dor na população adolescente portuguesa. O estudo aqui presente tem como objetivo investigar a prevalência e as características das experiências de dor em adolescentes portugueses e explorar associações entre as variáveis de gravidade da dor, sintomas emocionais, ansiedade relacionada com a dor e impacto académico. O estudo apresentado nesta dissertação está organizado em quatro partes. A primeira, referente ao enquadramento teórico, faz uma revisão de literatura sobre as temáticas em estudo. No final desta parte, são apresentados os objetivos do estudo. A segunda parte expõe a metodologia, incluindo a explicitação dos procedimentos metodológicos, instrumentos utilizados e procedimentos da análise estatística. Na terceira parte é apresentada a análise dos resultados do estudo, a análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala de ansiedade relacionada com a dor, caracterização das dores reportadas pelos adolescentes, e verificação das associações entre variáveis deste estudo. São, ainda, apresentados resultados relativos a uma análise das variáveis preditoras da gravidade da dor e da ansiedade relacionada com a dor. Por fim, nas últimas partes, faz-se a discussão dos resultados e, depois, apresentam-se as conclusões, onde é feita uma breve reflexão sobre a globalidade deste estudo e as suas limitações, encerrando-se com sugestões para futuras investigações.

## **1. Enquadramento teórico**

Um crescente corpo de evidências empíricas tem demonstrado que as experiências de dor crónica são comuns em crianças e adolescentes (Perquin et al., 2000; Palermo, 2000; Campo, Comer, Jansen-McWilliams, Gardner & Kelleher, 2002; Hadjistavropoulos & Craig, 2004; Huguet & Miro, 2008; Stanford, Chambers, Biesanz & Chen, 2008; King et al., 2011). Este problema tem vindo a ganhar mais importância porque alguns investigadores sugerem que as taxas de prevalência de dor na infância e adolescência têm vindo a aumentar ao longo das últimas décadas (Bandell-Hoekstra et al., 2001; Sillanpaa & Anttila, 1996). Dada a crescente incidência da dor crónica, esta é vista como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, acarretando custos económicos elevados que englobam não só as despesas médicas, bem como dias de trabalho perdidos (Palermo, 2000). Além destes custos económicos, a dor crónica associa-se também a consequências funcionais, emocionais e sociais significativas (Leo, Srinivasan & Parekh, 2010; Mahrer, Montañó & Gold, 2012; Roth-Isigkeit, Thyen, Stoven, Schwarzenberger & Schmucker, 2005), o que aumenta a preocupação com este problema.

### **1.1 Prevalência da dor crónica ou recorrente em crianças e adolescentes**

É estimado uma prevalência de dor em crianças e adolescentes de 54 a 83% (Asmundson & Wright, 2004; Perquin et al., 2000; Holm, Ljungman, & Söderlund, 2012; Roth-Isigkeit et al., 2005), sendo que cerca de 25 a 30% reporta dores severas por mais de três meses, ou seja, dores crónicas severas (Perquin et al., 2000; Eccleston, Jordan, & Crombez, 2006; Roth-Isigkeit et al., 2005).

As dores mais comuns na infância e adolescência, e também as mais estudadas, são as dores de cabeça, dores abdominais e dores músculo-esquelética (Goodman & McGrath, 1991; Perquin et al. 2000; Eccleston & Malleson, 2003; Huguet & Miro, 2008; Gold, Mahrer, Yee & Palermo, 2009). Num dos seus estudos, Perquin e os colegas (2000) encontraram uma prevalência de 23% para as dores de cabeça e de 22% tanto para as dores abdominais como para as músculo-esqueléticas. Vários estudos indicam ainda que

cerca de metade das crianças e adolescentes apresentam dores em mais do que uma localização (Kristjansdottir, 1997; Perquin et al., 2000; Laurell, Larsson & Eeg-Olofs 2005; Petersen, Brulin & Bergström, 2006; Huguet, Eccleston, Miro, & Gauntlett-Gilbert, 2009).

Alguns autores encontraram diferenças de gênero e idade na prevalência de dor (Perquin et al., 2000; Haraldstad, Sørum, Eide, Natvig, & Helseth, 2011; Huguet & Miro, 2008; Stanford et al., 2008; Abu-Saad, 2010; King et al., 2011), sendo que as raparigas reportavam dores com mais frequência e intensidade que os rapazes (Perquin et al., 2000; Hunfeld et al., 2001; Huguet & Miro, 2008; Haraldstad et al., 2011) e que a prevalência de dor aumentava com a idade (Carter, Kronenberger, Threlkeld, & Townsend, 2013; Stanford et al., 2008; Perquin et al., 2000), sendo mais elevada durante a adolescência. Num estudo Português (Reigota, 2015) sobre a prevalência de dor numa amostra comunitária de adolescentes, 87.4% referiram presença de dor nos últimos 3 meses, sendo que destes, 90.5% eram raparigas e 83.9% rapazes, e embora as raparigas reportassem mais intensidade de dores, os rapazes reportaram mais frequência destas dores. Num estudo realizado com adolescentes de Roterão (Perquin et al., 2000), os autores encontraram uma maior prevalência de dor em adolescentes entre os 12 e 15 anos (68.9%), sendo mais prevalente também nas raparigas (60.1%) que nos rapazes.

## **1.2 Tipos de dor**

A International Association for the Study of Pain (IASP) define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, o que compreende uma perspectiva individual e subjetiva, pelo que a severidade da dor não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesado.” (1994, pp. 209-214). Esta definição de dor considera a subjetividade da experiência de dor, pois cada indivíduo atribui a palavra dor a significações relacionadas com lesões na infância. Sendo a dor crónica ou recorrente uma sensação desagradável que pode ocorrer em uma ou várias zonas do corpo, esta torna-se também uma experiência emocional que varia de forma singular (Perquin et al., 2000). A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, reconhece a dor como o 5º sinal vital, e

recomenda que seja considerada e sistematicamente avaliada no acompanhamento médico (Lanser & Gesell, 2001).

Tendo em conta a complexidade do fenómeno de dor, é relevante nomear os critérios de classificação da dor, que se baseiam na sua persistência no tempo e na sua resolução. A dor pode ser classificada como “dor aguda” ou “dor crónica”. A dor aguda caracteriza-se por ter um início repentino e duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal, sendo que a dor aguda representa um mecanismo de alerta perante uma ameaça real ou potencial ao organismo, tendo, por isto, uma função de sinalização para a lesão ou doença e sendo de duração limitada. Uma característica fundamental da dor aguda é a possibilidade de resolução (IASP, 1994).

Quando a dor persiste no tempo e/ou para além da ameaça, perde a sua função de proteção e alerta, e conseqüentemente a sua utilidade, passando a ser considerada como dor crónica, recorrente ou persistente, quando tem uma duração superior a três meses (IASP, 1994; Merskey & Bogduk, 1994). A sua persistência no tempo conduz a que a dor crónica deixe de ser um sintoma e passe a ser uma doença em si (Schechter, Berde & Yaster, 2003). Na perspetiva de Melzack e Wall (1982), a dor crónica é, assim, uma problemática biológica que exige não só atenção bem como tratamento específico.

### **1.3 Dor crónica ao longo do desenvolvimento**

A dor crónica pode ter um impacto diferente consoante o período de desenvolvimento do indivíduo (Leo et al., 2010). Embora há alguns anos tenha sido defendido que a criança sentia menos dor que o adulto, ou que a sua perceção dos estímulos dolorosos era incompleta e imatura (Barros, 2003), um conjunto de estudos de várias áreas incluindo a psicologia- estudos observacionais, e das neurociências têm permitido a desmistificação destas questões e a adaptação da intervenção na dor às necessidades das diferentes fases do desenvolvimento do indivíduo. Nos estudos de Palermo (2000), as crianças e adolescentes relataram que a dor pode causar *distress* e interferir intensamente em muitos aspetos da vida. A perceção do impacto da dor na vida da criança ou adolescente pode ser agravada pelas características do seu estágio de desenvolvimento. A adolescência, em particular, é uma fase do desenvolvimento em que predominam mudanças complexas no adolescente e na qual há uma transição para menor dependência dos pais/cuidadores e

uma maior atenção e desejo por relacionamentos e aceitação de pares (Leo et al., 2010). Assim, por reduzir os momentos de exposição social e intensificar a dependência dos cuidadores, a dor crónica ou recorrente durante a adolescência, pode comprometer o desenvolvimento social e a autonomia (Palermo, Putnam, Armstrong & Daily, 2007). A dor crónica na adolescência pode persistir durante vários anos (Kashikar- Zuck, Goldschneider, Powers, Vaught & Hershey, 2001), podendo mesmo prevalecer como dor crónica na idade adulta (Holm et al., 2012; Walker, Dengler-Crish, Ripple & Bruehl, 2010). Num estudo, de Hasset e colegas (2013), com uma amostra clínica, verificou-se que cerca de 17% dos adultos com dor crónica reportam, também, história de dor crónica na infância ou adolescência.

#### **1.4 Modelos de interpretação da dor crónica**

Diversos autores apresentaram modelos explicativos do fenómeno de dor. Alguns destes, focaram apenas os processos fisiológicos envolvidos na experiência de dor (Melzack & Wall, 1965), outros definiram a dor como resultante da interação de aspetos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais (Clark, 1999). Numa perspetiva fisiológica, alguns autores defenderam que a sensação de dor decorre, inicialmente, da lesão de um tecido confinante a fibras nervosas específicas (Rosenweig, Breedlove & Leiman, 2002) e que a qualidade da sensação de dor reflete o tipo de nociceptores (receptores sensoriais que enviam sinais que causam a perceção da dor) ativados (Dahlquist & Nagel, 2010). Scholz e Wolf (2007) e Zieglgansberger, Berthele & Tolle (2005), defenderam que a dor decorre de mudanças no sistema nervoso periférico ou central, sendo que estas modificações causam diminuição dos limiares de ativação das fibras sensoriais, que anteriormente geravam sensações inócuas, para começarem a produzir sensações de dor (Dahlquist & Nagel, 2010). A teoria do portão (Gate Control Theory) de Melzack e Wall (1965), começou por considerar que a dor se desencadeia através de processos que ocorrem ao nível do sistema nervoso central e periférico, sendo que a quantidade de atividade nervosa entre as fibras ascendentes e descendentes, ou seja, entre o cérebro e a espinal medula, determina a “abertura e/ou fecho do portão” que permite a experiência da sensação de dor (Melzack & Katz, 2004). Anos mais tarde (1982), os autores propuseram uma reformulação da sua teoria, que passou a considerar as dimensões psicológicas, tendo os autores, incluído os fenómenos cognitivos, emocionais

e comportamentais na sua compreensão dos processos de dor. Ainda em 1967, Cecily Saunders definiu o conceito de dor total, como uma forma de sofrimento geral, englobando aspetos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Atualmente, o modelo explicativo predominante é o modelo biopsicossocial, em que a dor é entendida como multifatorial e derivada de interações recíprocas entre fatores internos e externos, que influenciam a forma como o indivíduo experiencia a dor (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Simons, Claar, & Logan, 2008; Leo et al., 2010; Palermo, 2012). Esta abordagem biopsicossocial é amplamente aceite como a perspetiva mais heurística para a compreensão da dor crónica (Gatchel, 2004). Turk e Flor (1999) sumariaram as premissas que permitem compreender a dor através da abordagem biopsicossocial. Estes autores realçam que os fatores biológicos predisposicionais e atuais podem iniciar, manter e moldar perturbações físicas, enquanto que os fatores psicológicos da mesma ordem, ou seja, predisposicionais e atuais (onde incluem a cognição, o afeto e o comportamento), influenciam a perceção e avaliação de sinais fisiológicos internos. Já os fatores sociais, onde se incluem contactos sociais e culturais, modelam as respostas dos pacientes às perceções das suas perturbações físicas.

Na mesma linha teórica, mas incidindo sobre a dor pediátrica, Wallander e Vani (1992) elaboraram um modelo de ajustamento da criança à incapacidade física que pode ser adaptado à dor crónica. Neste *modelo de incapacidade-stress-coping*, os autores definiram como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas psicossociais, os parâmetros da condição, onde incluíram diagnóstico, visibilidade, envolvimento cerebral e severidade, independência funcional, stress psicossocial, e o ajustamento da criança, nomeadamente saúde mental e funcionamento social. Na categoria de fatores de resistência, os autores definiram fatores intrapessoais, tais como temperamento, competência, afetação da motivação e competências de resolução de problemas, e fatores socio-ecológicos, nomeadamente ambiente familiar, suporte social, ajustamento parental e recursos utilitários. Tanto diretamente, bem como através da sua interação, estes fatores são indicados pelos autores como determinantes no ajustamento da criança. Thompson propôs um *modelo transacional de stress e coping* (Thompson, 1985; Thompson, Gil, Abrams & Phillips, 1992), inserido na perspetiva da teoria de sistemas ecológicos, para explicar a dor crónica pediátrica. Neste modelo, a condição física crónica é definida como um potencial *stressor*, ao qual a criança e o sistema familiar se esforçam por adaptar. O principal contributo deste modelo é acrescentar a hipótese de os processos adaptativos



das crianças e das famílias influenciarem o ajustamento psicológico das mesmas, para além da contribuição dos parâmetros biomédicos e demográficos.

### **1.5 Dor e sintomas de internalização**

Depressão, ansiedade e perturbações do sono, são condições comuns em crianças e adolescentes com dor crónica (Eccleston et al., 2005, 2007; Huguet & Miro, 2008; Meltzer, Logan & Mindell, 2005; Palermo, 2000). Uma das questões centrais para os investigadores desta área é compreender de que forma se relacionam as experiências de dor crónica e as perturbações psicológicas. No entanto, a inexistência de estudos longitudinais torna impossível confirmar se as perturbações psicológicas são potenciadas pelas condições de dor ou vice-versa (Leo et al., 2010). Estudos empíricos têm evidenciado que as crianças e adolescentes com dor crónica ou recorrente reportam níveis elevados de *distress*, ansiedade e depressão (Fichtel & Larsson, 2002; Palermo, 2000; Leo et al., 2010). Esta relação tem sido alvo de vários estudos, sendo que a presença de depressão e ansiedade pode ser um importante preditor de dor crónica ou recorrente, e tem vindo a ser associada a elevados níveis de dor reportada e perceção de incapacidade ao longo do tempo (Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999; Larsson & Sund, 2005; Mulvaney, Lambert, Garber & Walker, 2006; Pine, Cohen & Brook, 1996; Stanford et al., 2008; Kashikar-Zuck, Vaught, Goldschneider, Graham & Miller, 2002). A ansiedade promove a dor, dificultando processos de *coping* eficazes, e a experiência de dor potencia a ansiedade, diminuindo a tolerância à dor, produzindo-se assim um ciclo difícil de ser quebrado (Barros, 2003).

Leo, Srinivasan e Parekh (2010) defendem que, a existência de comorbilidades psiquiátricas pode dificultar ou mesmo impedir a adaptação e recuperação funcional, traduzindo-se em impaciência e falta de persistência no tratamento e/ou reabilitação. Pine e colegas (1996), verificaram que as dores de cabeça eram duas vezes mais comuns em adolescentes deprimidos, quando comparados com os que não estão deprimidos. Por outro lado, verificou-se que os sintomas de ansiedade são elevados em crianças e adolescentes com dores de cabeça crónicas (Pakalnis, Butz, Splaingard, Kring & Fong, 2007). Ou seja, se por um lado, a experiência de dor crónica pode desencadear perturbações psicológicas, por outro, a perturbação emocional também afeta a experiência

de dor crónica, como é o exemplo da ansiedade, que aumenta a intensidade e severidade das dores experienciadas pelo adolescente (Hermann, Hohmeister, Zohsel, Tuttas, & Flor, 2008). Resultados de investigação em neurociências têm sugerido que ambas as condições, de dor crónica e de perturbações de humor, partilham substratos psicológicos comuns (Leo, 2007; Melzack, 1999; Rome & Rome, 2000). A inexistência de estudos longitudinais nesta área torna inexequível averiguar-se esta relação, ou seja, se a experiência de dor predispõe a perturbações psiquiátricas ou se ocorre o inverso (Leo et al., 2010), o que pode dificultar as decisões relacionadas com o tratamento.

## **1.6 Ansiedade relacionada com a dor**

Neste contexto, torna-se relevante introduzir o conceito de ansiedade relacionada com a dor. Ansiedade relacionada com a dor é um construto psicológico que se refere a respostas cognitivas, psicológicas e comportamentais prolongadas, que acompanham ou antecipam a experiência de dor (Zvolensky, Goodie, McNeil, Sperry & Sorrell, 2001), conduzindo a comportamentos de evitamento (Asmundson, Richter, Gómez & Carleton, 2012). Pacientes com dor crónica demonstram mais ansiedade relacionada com a dor, em comparação com grupos que apresentam apenas dores agudas pontuais, sendo que o primeiro grupo antecipa dores mais intensas, lida de forma ineficaz com as sensações de dor e evidencia maior reatividade somática na antecipação da dor (McCracken, Gross, Sorg & Edmunds, 1993). Segundo os estudos de Zvolensky e colegas (2001), níveis disruptivos de humor disfórico e comprometimento com preocupações relacionadas com a ansiedade são frequentes nos indivíduos com problemas de dor crónica.

Resultados de estudos sobre a ansiedade relacionada com a dor sugerem que esta é um preditor significativo de incapacidade relacionada com a dor, entre crianças e adolescentes com dor crónica (Pagé, Fuss, Martin, Escobar & Katz, 2010). A investigação de Pagé e colegas (2010) demonstrou que a ansiedade relacionada com a dor predizia a frequência com que a criança ou adolescente experienciava dor. No mesmo sentido, outros estudos verificaram que o *distress* relacionado com a dor pode levar ao aumento de sintomas físicos através de vários processos, incluindo o aumento da vigilância sobre estes, excitação autonómica ou erros de interpretação (Barsky & Klerman, 1983; Sullivan & Katon, 1993). Vervoot, Goubert, Eccleston, Bijttebier e Crombez (2006), defenderam

que os indivíduos que apresentam níveis elevados de emoções negativas, podem reportar mais dor porque apresentam mais queixas referentes a situações negativas na sua generalidade, ou porque monitorizam com mais frequência as sensações físicas e percecionam sensações inofensivas como reveladoras de patologia ou dor, que os indivíduos com níveis reduzidos de emoções negativas. Por outro lado, a experiência de dor pode aumentar as emoções negativas e ela própria consistir assim, como *stressor* (Compas, 1999).

### **1.7 Impacto da dor pediátrica crónica ou recorrente: A Qualidade de Vida**

Apesar de a maioria das crianças e adolescentes que experienciam dor crónica ou recorrente utilizarem estratégias adaptativas, ou seja, que lhes permitem ultrapassar as limitações causadas pela dor, uma percentagem de 5 a 8% desta população reporta dores tão fortes que interferem com a sua funcionalidade no quotidiano (Huguet & Miro, 2008; Eccleston et al., 2006; Mahrer et al., 2012). Segundo Eccleston, Bruce e Carter (2006), a severidade e impacto da dor no funcionamento geral do individuo pode variar significativamente.

Alguns autores têm estudado a associação entre a dor crónica e a qualidade de vida apresentada por crianças e adolescentes que experienciam este tipo de dores, concluindo que a dor crónica interfere com a qualidade de vida e envolvimento em atividades típicas na faixa etária dos indivíduos (Gold et al., 2009; Palermo, 2000). Os estudos sobre a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde (Health-Related Quality of Life - HRQoL,) e a prevalência de dor na população pediátrica constataram que indivíduos que apresentam mais dor crónica obtêm resultados mais baixos na HRQoL (Dhanani, Quenneville, Perron, Abdolell & Feldman, 2002; Gold et al., 2009; Mahrer et al., 2012). Segundo o relato de algumas crianças e adolescentes, a dor pode causar *distress* e interferir em muitos aspetos das suas vidas (Palermo, 2000), levando, por exemplo, à perturbação emocional significativa e limitações no funcionamento físico (Campo et al., 2004; Walker, Guite, Duke, Barnard & Greene, 1998).

Assim, pode considerar-se que a dor reduz as capacidades das crianças e adolescentes para se envolverem em atividades típicas da sua idade (Palermo & Chambers, 2005). A interferência da dor crónica tem sido observada a diversos níveis da vida funcional dos

adolescentes, nomeadamente aos níveis físico, social e académico. A nível físico, existem evidências da redução da atividade física (Palermo, Wilson, Peters, Lewendowski & Somhegyi, 2009; O'Sullivan, Beales, Jensen, Murray & Myers, 2011), ou dificuldades severas, até nas atividades diárias básicas, tal como na locomoção ou higiene, e aumento da necessidade de repouso (Eccleston et al., 2006), devido em parte a problemas do sono (Owens, 2007). A nível social, as experiências de dor crónica reduzem as oportunidades para exposição social e intensificam a dependência dos cuidadores, comprometendo o desenvolvimento social e da autonomia (Palermo et al., 2007; Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch, & Connell, 2004). A partir dos estudos de Hunfeld e outros (2001) e Kashikar-Zuck e outros (2001), pode ser concluído que a dor crónica ou recorrente se associa a uma pior qualidade de vida, nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico, sendo considerável o aumento do risco de sintomas de internalização, nomeadamente a depressão e ansiedade (Liakopoulou-Kairis et al., 2002; Walker & Greene, 1989; King et al., 2011). Também as atividades habituais, interesses e relações do indivíduo, podem ser evitadas ou limitadas para que não existam episódios de dor (Leo et al., 2010).

A nível escolar, verificou-se que as crianças e adolescentes que sofrem de condições crónicas ou recorrentes apresentam dificuldades em algumas áreas de funcionamento da escola, tais como assiduidade, funcionamento social e desempenho académico, e que percecionam a dor como interferindo no seu sucesso escolar (Chan, Piira & Betts, 2005; Logan et al., 2008; King et al., 2011).

## **1.8 Impacto escolar da dor crónica**

“A escola é a arena principal para o desenvolvimento social, particularmente na adolescência, quando as relações de pares assumem um significado crescente” (Logan, et al., 2008, pp. 407). Segundo alguns autores, os adolescentes com dor crónica apresentam maior absentismo escolar, o que pode conduzir a menos oportunidades de aprendizagem, mais dificuldades de concentração e trabalhos incompletos (Bennett, Huntsman & Lilley, 2000; Eccleston & Crombez, 1999), levando conseqüentemente à diminuição do sucesso escolar (Leo et al., 2010). O decréscimo das competências escolares associa-se, diretamente, à diminuição das competências sociais, sendo que a escola é um contexto central de socialização na adolescência (Reid, Lang & McGrath, 1997; Walker et al.,

1998). Num estudo longitudinal, Walker e colegas relataram que as crianças com dor abdominal funcional perderam mais dias de escola e descreveram mais incapacidade funcional global do que os pares saudáveis, tendo estas diferenças se prolongado no tempo (Walker, Garber, Van Slyke, 1995). Logan e colegas verificaram que a dor não está apenas associada ao comprometimento do sucesso escolar a curto-prazo (por exemplo, com sentimentos de incapacidade de serem assíduos ou se concentrarem na escola), mas também pode ter consequências a longo-prazo, sendo que podem surgir nos adolescentes, sentimentos de incapacidade relacionada com o sucesso na escola que resultam de pensamentos catastróficos, depressão e outros aspetos psicológicos associados à experiência de dor (Logan et al., 2008). Os resultados do estudo destes autores evidenciam ainda um declínio nas classificações escolares em 44% da amostra de jovens com dor crónica, levando os autores a colocar a hipótese de que os adolescentes se poderiam sentir incapazes de ter sucesso na escola; no entanto, esta hipótese não foi confirmada, sendo que os jovens se autoavaliavam como muito competentes ao nível escolar (Logan et al., 2008).

## **1.9 Objetivos**

Como se pode constatar pela literatura revista, a dor crónica ou recorrente é um fenómeno frequentemente encontrado em crianças e adolescentes, pouco estudado e importante para o bem-estar dos indivíduos. O impacto da dor crónica ou recorrente abrange as várias vertentes da vida das crianças e adolescentes. Tanto ao nível físico, como psicológico ou social, crianças ou adolescentes que sofrem de dor crónica ou recorrente são potencialmente prejudicados por estas experiências. Na população infantojuvenil, são escassos os estudos que focam a prevalência e detalhes da vivência da dor crónica ou recorrente e são raros os estudos nesta área que contemplem a população comunitária (Perquin et al., 2000; Huguet & Miro, 2008; Reigota, 2015). Esta investigação teve como objetivo global contribuir para o conhecimento da experiência de dor crónica ou recorrente na população adolescente portuguesa. Decorrentes do objetivo geral anterior, os objetivos específicos do presente estudo são:

- 1) Estudar as propriedades psicométricas da escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS) na população portuguesa.

- 2) Caracterizar a dor autoreportada e comparar os grupos de jovens que apresentam dores e que não apresentam dores em relação a dados demográficos, sintomas de emocionais e impacto académico, numa amostra comunitária de adolescentes portugueses.
- 3) Explorar a relação entre gravidade da dor autoreportada e ansiedade relacionada com a dor com as variáveis sociodemográficas, sintomas emocionais e variáveis académicas, nos jovens que reportaram dor nos últimos 3 meses.
- 4) Estudar as variáveis preditoras da gravidade da dor em jovens com dor crónica ou recorrente.
- 5) Estudar as variáveis preditoras da ansiedade relacionada com a dor em jovens com dor crónica ou recorrente.

Espera-se que os resultados obtidos possam servir de base a estudos futuros nesta área, bem como aprofundar a compreensão do fenómeno de dor crónica ou recorrente na população de adolescentes Portugueses e alertar para a necessidade da prevenção e intervenção neste contexto.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Amostra**

Os participantes deste estudo foram 241 adolescentes entre os 11 e 19 anos de idade ( $M=14,62$ ), dos quais 141 raparigas (58,5%), a frequentarem do 6º ao 12º ano de escolaridade no Agrupamento de Escolas de Azambuja. Tratando-se de o único agrupamento num Concelho onde não existem escolas privadas, a população que frequenta este agrupamento de escolas é diversificada relativamente ao estatuto socioeconómico.

### **2.2. Instrumentos**

#### **2.2.1. Questionário sociodemográfico e informação sobre as classificações escolares**

Foi aplicado um questionário sociodemográfico em que os alunos eram solicitados a indicar a idade, género, nacionalidade e ano de escolaridade, assim como as classificações escolares obtidas no primeiro período do ano letivo corrente, em disciplinas base do currículo referente ao ano escolar que frequentavam. Estas disciplinas foram as seguintes: Português, Matemática, História e Geografia de Portugal, Ciências Naturais e Educação Física para o 2º ciclo; as disciplinas de Português, Matemática, História e Geografia de Portugal, Ciências Naturais e Educação Física para o 3º; e Português, Matemática A/Matemática Aplicada às Ciências Sociais, Biologia/Física, História A e Educação Física para o ensino secundário. Posteriormente, foi calculada a média de todas as disciplinas de cada aluno, com o objetivo de permitir a comparação de alunos de vários anos e percursos escolares.

#### **2.2.2. Questionário “Dor em Adolescentes”**

Para caracterizar as experiências de dor jovens foi utilizado o questionário “Dor em Adolescentes” (Perquin et al., 2000) traduzido e adaptado para a população portuguesa (Reigota, 2015). O questionário divide-se em duas partes, a primeira consiste numa questão sobre a experiência de dor nos 3 meses precedentes, e a segunda parte contém

questões de escolha múltipla sobre a localização de dor, duração, frequência, última vez em que foi experienciada, intensidade assinalada numa escala visual analógica e sobre a consulta de um médico ou toma de fármacos devido a esta dor. Apenas os jovens que respondiam afirmativamente à primeira questão prosseguiram para a 2ª parte, de caracterização da dor. Nesta 2ª parte respondiam a questões sobre a localização, intensidade, frequência e duração da dor, assim como (acrescentar o que falta, medicamentos, médicos, etc.)

Para efeitos deste estudo foi criada uma variável compósita designada “Gravidade”, e integrando a duração, frequência e intensidade da dor experienciada, com a seguinte fórmula:  $(2x \frac{Frequência}{6} + \frac{Intensidade}{11})xDuração$ . A formulação desta equação pretendeu valorizar as dimensões Frequência e Intensidade, cuja soma da média é posteriormente ponderada pela duração da dor.

### 2.2.3. Escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS)

A Child Pain Anxiety Symptoms Scale (Page et al., 2000) pretende avaliar a ansiedade associada à dor e é uma adaptação para jovens dos 8 aos 18 anos da escala para adultos Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20; McCracken & Dhingra, 2002).

O formato de resposta é numa escala de Likert de 0 a 5, em que 0 significa “nunca penso, sinto ou me comporto assim” e 5 “penso, sinto ou comporto-me sempre assim” e é composto por 20 questões sobre atitudes e pensamentos em relação às experiências de dor (por exemplo, “Penso que se a minha dor se torna muito forte, nunca mais vai melhorar” e “Quando tenho dores, sinto-me tonto(a) ou a desmaiar”). A versão original da escala apresenta elevada consistência interna, com valor de alfa de Cronbach de 0.903.

Esta escala foi traduzida e adaptada para português neste estudo. O processo de tradução e adaptação da escala iniciou-se com duas traduções independentes, seguidas de uma retroversão da versão conciliada e posterior elaboração de uma versão preliminar. Posteriormente, foi realizado um estudo piloto com 3 jovens, entre os 10 e 12 anos para averiguar a compreensão dos itens, tendo sido necessário fazer pequenas alterações na linguagem de algumas questões. Neste estudo esta escala foi preenchida por todos os



jovens que declararam terem experienciado dor nos últimos 3 meses (N=200) e revelou boa consistência interna ( $\alpha = 0.882$ ).

#### 2.2.4. Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

O Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Goodman, 1997; versão Portuguesa SDQ-Por; Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005) é um questionário desenvolvido como instrumento de triagem e de avaliação clínica, e que pode ser utilizado também como instrumento de investigação em problemáticas comportamentais, emocionais e relacionais. Os 25 itens são divididos equitativamente por 5 subescalas: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta, e de relacionamento. As versões destinadas à resposta dos pais e educadores e professores podem ser utilizadas dos 4 aos 17 anos, e a versão de autorrelato deverá apenas ser aplicada a adolescentes entre os 11 e 17 anos. A versão inglesa deste instrumento apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach para as dificuldades totais em 0.82 e para a escala de sintomas emocionais 0.75 (Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998). A versão Portuguesa deste instrumento apresenta, também, boa consistência interna (Marzocchi et al., 2004).

Neste estudo foi utilizada apenas a subescala de Sintomas Emocionais na versão de autorrelato. A utilização desta subescala teve como objetivo medir os sintomas de internalização dos adolescentes. A escala de resposta é constituída por três hipóteses de resposta “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”, que classificam as afirmações, que são escolhidas, neste caso pelos adolescentes, remetendo-se aos seus comportamentos recentes. A subescala de problemas emocionais foi respondida por todos os jovens da amostra (N=241) e revelou consistência interna aceitável ( $\alpha = 0.689$ ).

#### 2.2.5. Escala de Autoconceito para Adolescentes (SPPA)

O Self Perception Profile for Adolescents (Harter, 1988) é um questionário que pretende medir o autoconceito dos adolescentes, construto que é considerado uma estrutura multidimensional que se complexifica com a idade (Peixoto, Alves-Martins, Mata & Monteiro, 1997). A versão original do SPPA (Harter, 1988) foi traduzida e

adaptada para a população portuguesa (Peixoto, Alves-Martins, Mata & Monteiro, 1996), tendo sido alvo de algumas alterações. A versão portuguesa apresenta duas escalas, o Perfil de Autopercepção, que se subdivide em sete domínios específicos do autoconceito e um domínio de autoestima global, cada um com 6 itens e a Escala de Importância atribuída aos domínios anteriores, com 10 itens (2 por cada domínio específico). Para este estudo foi apenas utilizada a subescala de Competência Escolar, que analisa a forma como o adolescente percebe o próprio desempenho escolar e inteligência geral, ou seja, o autoconceito escolar dos participantes, que é uma variável desta investigação.

Os itens que compõem a Escala têm um “formato de estrutura alternativa”, em que cada item consiste num par de afirmações contrárias, onde o sujeito tem de tomar uma dupla opção, primeiro escolhe a afirmação com a qual mais se identifica e posteriormente, manifesta o seu grau de identificação com a mesma (“Exatamente como eu” ou “Mais ou menos como eu”). A opção por este formato visou diminuir a tendência para respostas de acordo com o que os participantes consideram ser socialmente aceite (Peixoto et al., 1997).

Relativamente à precisão do instrumento, na versão original este apresenta valores de alfa de Cronbach entre 0,55 e 0,93 (Harter, 1988) revelando uma fidelidade aceitável a boa. Na versão portuguesa (Peixoto et al., 1996), a maioria das subescalas apresentam valores aceitáveis para a consistência interna, entre os .61 e .83, excetuando a escala Comportamento (com o valor de .50). A subescala de competência escolar foi respondida neste estudo por todos os participantes (N= 241) e revelou boa consistência interna ( $\alpha=0.728$ ).

### **2.3. Procedimento**

Este estudo obteve autorização da Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e da Direção Geral de Educação. O estudo iniciou-se com o pedido de autorização para utilização da escala CPASS aos respetivos autores e tradução e adaptação desta escala. Após contacto e autorização do Conselho Pedagógico do Agrupamento de Escolas de Azambuja, foram indicadas 17 turmas, por conveniência de horários, pela direção do Agrupamento de Escolas, onde foram entregues os pedidos de consentimentos informados para serem entregues aos Encarregados de Educação pelos

alunos. Depois do retorno dos consentimentos informados devidamente assinados, estes ficaram na posse dos diretores de turma, assegurando-se desta forma o anonimato e a na recolha de dados. Dos 386 consentimentos informados entregues, 325 (91,19%) foram respondidos, sendo obtidas 247 (63,99%) autorizações. No grupo de jovens autorizados a participar, 6 (2,43%) não responderam aos questionários por terem faltado às aulas nas quais foram concretizadas as aplicações, obtendo-se assim 241 respostas. Importa ainda realçar que nenhum dos jovens autorizados a participar no estudo e presentes no dia de aplicação se recusou a responder aos questionários.

A aplicação do conjunto de instrumentos foi realizada através do software *Qualtrics*, nos computadores das salas de informática das escolas, durante aulas disponibilizadas pelos professores e na presença da investigadora. A recolha de dados teve a duração de cerca de 30 minutos em cada turma e ocorreu num único momento.

A aplicação dos questionários iniciou-se com a resposta ao questionário sociodemográfico e informação sobre as classificações escolares, seguindo-se o questionário “Dor em Adolescentes”, sendo que os participantes que não reportaram dor nos três meses anteriores a este estudo eram encaminhados diretamente para as subescalas de sintomas emocionais do questionário SDQ-Por e competência escolar do SPPA, respondendo apenas a estas. Os jovens que responderam afirmativamente à pergunta sobre a experiência de dor nos últimos três meses prosseguiram para a segunda parte do questionário “Dor em adolescentes” e responderam à escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS), antes de responderem à Subescala de Sintomas Emocionais e de Competência Escolar.

#### **2.4. Procedimentos da análise estatística**

Os testes estatísticos utilizados foram selecionados tendo em conta as características das variáveis deste estudo e analisados através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23 para Windows.

Numa primeira fase, foi analisada a consistência interna da subescala de sintomas emocionais(SDQ-Por), da subescala de competência escolar (SPPA) e da escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS), através do cálculo do alfa de Cronbach. Nesta

última, que foi traduzida e adaptada neste estudo, foi ainda calculada a média de correlação entre itens (IICM) de modo a garantir a fiabilidade da escala. Em seguida, realizou-se a estatística descritiva das variáveis do questionário sociodemográfico e do questionário Dor em Adolescentes, de forma a caracterizar a amostra e a prevalência de dor.

Posteriormente, foram verificados os pressupostos necessários para a realização dos restantes testes estatísticos, nomeadamente o Teste Kolmogorov-Smirnov (considerando-se  $N \geq 30$ ) e Teste de Levene, de forma a calcular a normalidade de distribuições e homogeneidade das variâncias. Não se tendo verificado os requisitos necessários à análise paramétrica em todas as variáveis deste estudo, foi utilizada análise paramétrica e não paramétrica, consoante as variáveis e grupos da amostra analisados. As relações entre as variáveis deste estudo foram exploradas através do teste paramétrico do Coeficiente de Correlação de Pearson e pelo teste não paramétrico Coeficiente de Correlação de Spearman. A apreciação das correlações quanto à sua magnitude, foi realizada segundo as normas definidas por Cohen e colegas (1998).

Na comparação de resultados e verificação da existência de diferenças entre grupos de variáveis sociodemográficas e das escalas utilizadas nos vários grupos definidos na amostra, foi realizado o teste paramétrico  $t$  de Student e ANOVA para amostras independentes nos casos das variáveis em que foi verificado o pressuposto de normalidade e os testes de independência Qui-quadrado, de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis nos casos em que não foi verificado o pressuposto de normalidade.

Por fim, foram realizadas duas análises de regressão linear onde foi forçada a entrada de todas as variáveis que apresentaram correlações significativas com a variável dependente de cada modelo apresentado. Na tomada de decisão em relação ao significado estatístico das análises realizadas foi utilizado o valor  $p < 0,05$ .

### 3. Análise de Resultados

Nesta secção serão apresentados e analisados os resultados que decorrem da análise estatística efetuada, considerando os objetivos anteriormente referidos, a verificação dos pressupostos necessários e as características de cada variável.

#### 3.1. Estudo das propriedades psicométricas da Child Pain Anxiety Symptoms Scale (CPASS) traduzida e adaptada neste estudo

A Child Pain Anxiety Symptoms Scale (CPASS) foi respondida por 200 jovens (todos os que reportaram ter tido algumas dores nos três meses anteriores à aplicação dos questionários).

**Tabela 1**

Caracterização das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) traduzida e adaptada para a população portuguesa

	N	M	DP	Min.-Max.	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Média de correlação entre itens (IICM)
<b>Escala de Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS)</b>	200	36,69	18,297	2-87	0,882	0,271

Os valores obtidos comprovam os valores adequados de consistência interna e fiabilidade (Tabela 1).

### 3.2. Caracterização da amostra

Em seguida apresentam-se os dados de caracterização da amostra (Tabela 2).

**Tabela 2**

Resultados da análise descritiva da caracterização sociodemográfica da amostra (N=241)

Variáveis		n (%)
Sexo	Masculino	100 (41,5%)
	Feminino	141 (58,5%)
Idade	11 – 13 anos	88 (36,5%)
	14 – 16 anos	97 (40,2%)
	17 – 19 anos	56 (23,2%)
Nacionalidade	Portuguesa	226 (93,8%)
	Outra	15 (6,2%)
Escolaridade	6º ano	35 (14,5%)
	7º ano	30 (12,4%)
	8º ano	42 (17,4%)
	9º ano	31 (12,9%)
	10º ano	38 (15,8%)
	11º ano	33 (13,7%)
	12º ano	32 (13,3%)

### 3.3. Caracterização da dor

Em resposta à primeira pergunta do questionário Dor em Adolescentes (“Tiveste dores nos últimos 3 meses?”) 200 jovens (82,99%) responderam que sim. Como já referido, apenas estes jovens responderam às restantes questões deste questionário.

Conforme anteriormente referido, as variáveis Duração, Frequência e Intensidade foram combinadas para darem origem à variável compósita Gravidade. A distribuição dos diferentes tipos de dor na amostra (N=241), foram de 41 jovens sem dor (17%), 120 jovens com dor não crónica ou recorrente, (i.e., há menos de 3 meses; 49,8%) e 80 jovens com dor crónica ou recorrente (33,2%).

**Tabela 3**

Caracterização da dor (N=241)

	<b>Sem dor (n=41)</b>	<b>Dor há menos de 3 meses (n=120)</b>	<b>Dor crónica ou recorrente (n=80)</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino (N=141)	22 (53,7%)	71 (59,2%)	48 (60%)
Masculino (N=100)	19 (46,3%)	49 (40,8%)	32 (40%)
<b>Idade</b>			
11-13 anos	18 (44%)	45 (37,4%)	25 (31,3%)
14-16 anos	16 (39%)	46 (38,3%)	35 (43,9%)
17-19 anos	7 (17%)	29 (24,1%)	20 (25%)
<b>Tem doença crónica</b>			
Sim	-	28 (23,3%)	20 (25%)
Não	-	92 (76,7%)	60 (75%)
<b>Consultou médico devido à dor</b>			
Sim	-	43 (35,8%)	37 (46,3%)
Não	-	77 (64,2%)	43 (53,8%)
<b>Tomou medicação para a dor</b>			
Sim	-	80 (66,7%)	57 (71,3%)
Não	-	40 (33,3%)	23 (28,7%)
<b>Frequência da dor</b>			
Menos de uma vez por mês	-	12 (10%)	9 (11,3%)
Uma vez por mês	-	25 (20,8%)	11 (13,8%)
Duas a três vezes por mês	-	37 (30,8%)	19 (23,8%)
Uma vez por semana	-	12 (10%)	10 (12,5%)
Duas a três vezes por semana	-	21 (17,5%)	13 (16,3%)
Todos os dias	-	13 (10,8%)	18 (22,5%)
<b>Intensidade da dor</b>			
Média (desvio-padrão)	-	4,94 (1,72)	5,71 (2,13)
Mín-Máx	-	0-10	0-10
<b>Gravidade</b>			
Média (Desvio-padrão)	-	10,85 (5,04)	28,43 (8,50)
Mín-Máx	-	4-26	9-48

Dos jovens que indicaram terem doença crónica (Tabela 3) destacaram-se as doenças de foro respiratório (7,9%) e enxaquecas (1,2%). Em relação à localização das dores, os 200 jovens com dores nos três meses anteriores ao estudo puderam indicar mais que uma localização para descrever as dores sentidas. Nesta análise destacaram-se as dores de cabeça (65,8%), as dores nos braços ou pernas (43,3%) e as dores na barriga (43,2%) no

grupo de jovens sem dor crónica ou recorrente, ou seja, com dor há menos de 3 meses. No grupo de jovens com dor crónica ou recorrente foram mais prevalentes as dores de cabeça (72,55%), as dores nas costas (46,3%), as dores de barriga (41,3%) e as dores nos braços ou pernas (40%).

### **3.4. Comparação de resultados dos três grupos de dor deste estudo**

Foram feitos os testes para avaliar a existência de diferenças significativas para todas as dimensões avaliadas nos três grupos de dor.



**Tabela 4**

Comparações entre os grupos de jovens que não reportaram dores, que reportaram dores não crónicas ou recorrentes e que reportaram dores crónicas ou recorrentes (N=241)

Variáveis	Experiência de dor nos últimos três meses	n	Estatística do Teste		ρ
Sexo	Sem dor				
	Masculino	19			
	Feminino	22			
			$\chi^2_{(2)}=0,492$		0,782
	Com dor não crónica				
	Masculino	49			
	Feminino	71			
	Com dor crónica				
Idade	Masculino	32			
	Feminino	48			
			M	Estatística do Teste	ρ
	Sem dor		14,27		
	Com dor não crónica		14,64		
	Com dor crónica		14,78	$H= 1,667$	0,435
Sintomas Emocionais (SDQ-Por)	Sem dor		7,85		
	Com dor não crónica		9,42	$F= 7,949$	0,000**
	Com dor crónica		9,44		
Competência Escolar (SPPA)	Sem dor		2,62		
	Com dor não crónica		2,48	$F= 0,710$	0,492
	Com dor crónica		2,53		
Média de Classificações Escolares	Sem dor		3,39		
	Com dor não crónica		3,32	$H= 1,801$	0,406
	Com dor crónica		3,40		

\*\*  $p < 0,01$

A distribuição de resultados na subescala de Sintomas de Emocionais (SDQ-Por) foi significativamente diferente entre os participantes que relataram dores crônicas ou recorrentes, os que relataram dores não crônicas ou recorrentes e os que não relataram dores, mas não foram encontradas diferenças significativas quanto às outras variáveis nos mesmos grupos. Posteriormente, no teste de Tukey, confirmou-se que a diferença entre as médias de resultados dos três grupos na subescala de Sintomas Emocionais (SDQ-Por), era significativamente diferente entre o grupo de jovens que não relataram dores e os outros dois grupos ( $p = 0,001$ ).

Em seguida realizou-se a comparação entre os grupos com dor há menos de três meses e aqueles com dor há mais de três meses (dor crônica ou recorrente) para aquelas dimensões só avaliadas nestes grupos.

**Tabela 5**

Comparações entre o grupo de jovens que reportou dores não crônicas ou recorrentes e o grupo que reportou dores crônicas ou recorrentes

Variáveis	Experiência de dor nos últimos três meses	M	Estatística do Teste	ρ
Frequência da dor				
	Com dor não crónica	3,37	U= 5475,500	0,086
	Com dor crónica	3,76		
Intensidade da dor				
	Com dor não crónica	4,94	t <sub>(198)</sub> =-2,818	0,015*
	Com dor crónica	5,71		
Gravidade				
	Com dor não crónica	10,85	H=122,348	0,000**
	Com dor crónica	28,43		
Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS)				
	Com dor não crónica	35,54	t <sub>(198)</sub> =-1,083	0,067
	Com dor crónica	38,40		

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Verificou-se que a distribuição de resultados para a intensidade e para a variável compósita Gravidade são significativamente diferentes entre os grupos de jovens que relataram dores crônicas ou recorrentes e os que relataram dores não crônicas ou recorrentes. Não se observaram diferenças significativas quanto às outras variáveis.

### 3.5. Relação entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor e variáveis sociodemográficas, Sintomas Emocionais e Acadêmicas em jovens que reportaram dor

Em seguida e para responder ao objetivo 3 fomos explorar as relações entre a Gravidade e a Ansiedade Relacionada com a Dor e as outras variáveis estudadas, apenas para o grupo constituído por todos os jovens que reportaram dor nos últimos três meses.

**Tabela 6**

Correlações entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor e variáveis sociodemográficas, Sintomas de Emocionais e Acadêmicas em jovens que reportaram dor

Variáveis	Sexo $r_s$ ( $p$ )	Idade $r_s$ ( $p$ )	Média de Classificações Escolares $r_s$ ( $p$ )	Sintomas Emocionais (SDQ-Por) $r_s$ ( $p$ )	Competência Escolar (SPPA) $r_s$ ( $p$ )	Gravidade $r_s$ ( $p$ )
<b>Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS)</b>	-0,231 (0,001)	-0,087 (0,219)	-0,048 (0,504)	0,518 (0,000)	-0,190 (0,007)	0,170 (0,016)
<b>Gravidade</b>	-0,100 (0,159)	-0,040 (0,573)	0,068 (0,340)	0,128 (0,069)	0,013 (0,850)	-

A Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) relaciona-se significativamente e de forma de forma fraca com o Competência Escolar (SPPA) e com a Gravidade, de forma moderada com o Sexo (mais elevada nas raparigas) e forte com os Sintomas Emocionais (SDQ-Por). A Gravidade não apresenta mais nenhuma correlação significativa. Também não se observaram correlações significativas entre a Ansiedade Relacionada com a Dor e a Gravidade com a Idade e Média de Classificações Escolares.

### 3.6. Relação entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor com as variáveis sociodemográficas, Sintomas Emocionais e Académicas em jovens com dor crónica ou recorrente

Posteriormente foi feita a mesma análise, mas considerando agora apenas os jovens que reportaram dor crónica ou recorrente

**Tabela 7**

Correlações entre Gravidade e Ansiedade Relacionada com a Dor e variáveis sociodemográficas, Sintomas Emocionais e Académicas em jovens que reportaram dor crónica ou recorrente

Variáveis	Sexo $r_s$ ( $\rho$ )	Idade $r$ ( $\rho$ )	Média de Classificações Escolares $r$ ( $\rho$ )	Sintomas Emocionais (SDQ-Por) $r$ ( $\rho$ )	Competência Escolar (SPPA) $r$ ( $\rho$ )	Gravidade $r$ ( $\rho$ )
<b>Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS)</b>	-0,368 (0,001)	-0,218 (0,052)	-0,108 (0,342)	0,553 (0,000)	-0,302 (0,006)	0,347 (0,002)
<b>Gravidade</b>	-0,212 (0,059)	0,043 (0,707)	-0,109 (0,337)	0,253 (0,023)	-0,090 (0,429)	-

A variável Ansiedade Relacionada com a Dor apresenta correlação moderada com o Sexo, com a Gravidade e com a Competência Escolar (SPPA), e correlação forte com os Sintomas Emocionais (SDQ-Por) de forma significativa. Não se observaram relações significativas com a Idade nem com Média de Classificações Escolares, no grupo de jovens que relatou dores crónicas ou recorrentes.

A Gravidade apresenta uma correlação significativa e fraca com os Sintomas de Emocionais (SDQ-Por) e moderada com a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) no grupo de jovens que relatou dores crónicas ou recorrentes. Não se observaram relações significativas com o Sexo, Idade e Média de Classificações Escolares, nem com a Competência Escolar (SPPA) no mesmo grupo de jovens.

### 3.7. Estudo dos preditores da Gravidade e da Ansiedade Relacionada com a Dor no grupo de jovens com Dor Crónica ou Recorrente

Determinada a existência de correlações significativas entre os Sintomas Emocionais (SDQ-Por) e a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) com a Gravidade, e do Sexo, da Gravidade, Competência Escolar (SPPA) e dos Sintomas Emocionais (SDQ-Por) com a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS), procurámos explorar o valor preditivo destas variáveis em modelos explicativos da variância da Ansiedade Relacionada com a Dor e da Gravidade. Para tal, realizaram-se duas análises de regressão linear múltipla. Todas as variáveis foram forçadas a entrar nos modelos. O resumo dos parâmetros estatísticos do modelo que tem a Gravidade como variável dependente é apresentado na tabela 8 e o do modelo que tem a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) como variável dependente encontra-se na tabela 9.

**Tabela 8**

Análise de regressão linear múltipla, tendo por variável dependente a Gravidade

Predictoras	R quadrado	R quadrado ajustado	$\rho$	B	T	P
	0,126	0,103	0,006			
Sintomas Emocionais (SDQ-Por)				0,306	0,692	0,491
Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS)				2,486	2,327	0,023

O modelo preditivo da Gravidade explica 13% de variância, sendo a única variável com valor explicativo a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) (Tabela 8).

**Tabela 9**

Análise de Regressão linear múltipla tendo por variável dependente a Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS)

<b>Preditoras</b>	<b>R quadrado</b>	<b>R quadrado ajustado</b>	<b><math>\rho</math></b>	<b>B</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	0,389	0,357	0,000			
<b>Sexo</b>				-0,285	1,383	0,171
<b>Sintomas Emocionais (SDQ-Por)</b>				0,172	4,122	0,000*
<b>Competência Escolar (SPPA)</b>				-0,223	1,403	0,165
<b>Gravidade</b>				0,023	2,047	0,044

Na análise do modelo explicativo da Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) foi possível explicar 39% da variância, sendo a principal variável preditora os Sintomas Emocionais (SDQ-Por), e a Gravidade a mostrar significância marginal. O Sexo e o Competência Escolar (SPPA) não são preditores significativos apresentando um poder explicativo de =39% (Tabela 9).

#### **4. Discussão de Resultados**

Neste capítulo serão discutidos os resultados apresentados anteriormente. Esta discussão será organizada seguindo a ordem dos objetivos definidos e visa a comparação dos resultados deste estudo com estudos referidos no enquadramento teórico.

1. Estudar as propriedades psicométricas da escala de Ansiedade Relacionada com a Dor (CPASS) na população portuguesa.

Como já referido, a escala CPASS traduzida e adaptada neste estudo apresentou valores adequados de consistência interna e fiabilidade. O valor de consistência interna foi próximo do valor alcançado no estudo de validação da escala original (Pagé et al., 2010). A verificação de associações significativas da ansiedade relacionada com a dor, com os sintomas emocionais e com a gravidade da dor neste estudo, apoia a associação observada por Pagé e colegas (2011), entre ansiedade relacionada com a dor e intensidade da dor no estudo de validação da escala original, com uma amostra clínica de jovens entre os 8 e 18 anos após uma intervenção cirúrgica. A associação da ansiedade relacionada com a dor com a frequência de relato de dor, foi encontrada no estudo de desenvolvimento da escala original (Pagé et al., 2010), corroborando, também, os nossos resultados. À semelhança do que aconteceu nestes estudos, estes resultados apontam para uma boa validade concorrente da escala de ansiedade relacionada com a dor.

2. Caracterizar a dor autoreportada e comparar os jovens dos três grupos de dor em relação a dados demográficos, sintomas emocionais, ansiedade relacionada com a dor e impacto escolar

Verificou-se que cerca de 82,9% dos jovens que reportaram experiência de dor nos últimos 3 meses, valor muito próximo de um estudo Português com jovens entre os 14 e 18 anos (Reigota, 2015) e semelhante ao de um estudo, realizado na Alemanha com crianças e adolescentes entre os 4 e 18 anos e com metodologia diferente à deste, impossibilitando comparações diretas (Roth-Isigkeit et al., 2005). Contudo, este resultado foi bastante superior ao encontrado no estudo realizado na Holanda com crianças e adolescentes entre os 0 e 18 anos, que por comportar dados de auto e hétero relato de uma faixa etária diferente da do nosso estudo, tal como o estudo anterior não permite comparações diretas (Perquin et al., 2000).

No total da amostra, cerca de um terço reportou dor crónica ou recorrente. Também aqui, parece haver uma tendência para uma frequência mais elevada que em estudos de outros países, como os já citados de Perquin e colegas (2000) e de Roth-Isigkeit e colegas (2005), com valores entre 25% e 30.8%, que não permitem comparações diretas. Porém, o nosso resultado aponta para uma frequência inferior à encontrada no estudo Português (Reigota, 2015) que usou o mesmo instrumento de avaliação da dor, e no estudo Espanhol com jovens entre os 8 e 16 anos, com instrumentos de auto relato e hétero relato (Huguet & Miró, 2008). É possível que estas diferenças se devam, em parte, a diferenças metodológicas, mas serão necessários estudos com amostras mais alargadas para verificar se esta tendência se concretiza.

As dores mais frequentemente reportadas foram as dores de cabeça, dores de barriga e dores nos braços e pernas, resultados consistentes com outros estudos (Goodman & McGrath, 1991; Perquin et al. 2000; Eccleston & Malleson, 2003; Gold, Mahrer, Yee & Palermo, 2009; Roth-Isigkeit et al., 2005). Neste estudo, foi também verificado que mais de metade dos jovens em ambos os grupos de dor reportaram dores de cabeça. Esta elevada prevalência de dores de cabeça é concordante com o que foi descrito noutros estudos (Perquin et al., 2000; Stanford et al., 2008; Reigota, 2015; King et al., 2011; Roth-Isigkeit et al., 2005). Os jovens com dor não crónica ou recorrente reportaram mais frequentemente dores de cabeça, costas, barriga, braços e pernas, por ordem decrescente, enquanto que os com dor crónica reportaram dores de cabeça, braços e pernas, e barriga, também por ordem decrescente.

Mais de metade dos adolescentes em cada um dos grupos de dor não consultou um médico, mas já tomou medicação para as dores reportadas. Estes valores são superiores aos encontrados no estudo de Reigota (2015), já referido. No entanto, no estudo de Roth-Isigkeit e colegas (2005), também já referido, uma percentagem mais elevada tinha consultado um médico, embora uma percentagem mais reduzida tenha tomado medicação. Seria interessante explorar se existe alguma variabilidade cultural na procura de ajuda médica e recurso a medicamentos que possa explicar estas diferenças. No entanto, estas diferenças também podem dever-se ao facto deste estudo Alemão incluir bebés e crianças. Comparando os dois grupos de jovens com dor crónica e não crónica verificou-se que os que têm dor crónica ou recorrente referiram mais vezes terem consultado um médico e tomado medicação, o que era expectável em função da própria cronicidade da dor, que pode ter levado à procura de ajuda médica.



Como seria de antecipar, a gravidade da dor auto reportada é significativamente mais elevada nos jovens com dor crónica, o que é provavelmente mais explicado pelas diferenças significativas encontradas para a intensidade, para além da própria duração, do que pela frequência da dor relatada, para a qual não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados nos estudos já referidos de Perquin e colegas (2000) e de Reigota (2015) em que a intensidade média de dor, do grupo de jovens que relataram dor crónica, foi superior à do grupo com dor não crónica ou recorrente, tendo-se, também, verificado que em ambos os grupos nesses estudos a frequência mais indicada pelos jovens era a semanal.

Considerando a comparação entre os três grupos, verificámos que os dois grupos que reportaram dores apresentam valores mais elevados de sintomas emocionais do que o grupo que não reportou dores nos últimos três meses, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos de dor crónica e não crónica. A elevada prevalência de sintomas emocionais em crianças e adolescentes foi encontrada por diversos autores (Fichtel & Larsson, 2002; Pakalnis et al., 2007; Meltzer, Logan & Mindell, 2005).

Quanto à ansiedade relacionada com a dor<sup>1</sup>, verificámos que o valor médio obtido neste estudo ( $M= 36,69$ ) foi superior à média apresentada no estudo da escala original ( $M= 27,1$ ) numa amostra de jovens entre os 8 e 18 anos. Não se encontraram diferenças significativas na ansiedade relacionada com a dor entre os dois grupos de dor crónica e não crónica, o que sugere que os jovens com dor crónica não apresentam mais nem menos ansiedade relacionada com a dor que os jovens com dor não crónica ou recorrente.

Um dos objetivos principais deste estudo era o de explorar o impacto da dor na vida académica. Não se encontraram diferenças nas médias das classificações escolares nem na autoavaliação da competência escolar entre os três grupos, sugerindo que as dores relatadas não têm impacto significativo nos indicadores de rendimento e autoconceito escolares avaliados neste estudo. Estes resultados são em parte contrários aos evidenciados no estudo de Logan e colegas (Logan et al., 2008), em que os jovens que relataram dor crónica apresentaram um declínio elevado das classificações escolares, embora sem diminuição da perceção de competência escolar. O facto de não ter sido possível avaliar o absentismo escolar e de as classificações escolares terem sido, apenas,

---

<sup>1</sup> Recorda-se que a Ansiedade Relacionada com a Dor apenas foi avaliada para os grupos que reportaram alguma dor nos últimos três meses

avaliadas a partir do reporte dos alunos, não permite uma comparação completa com outros estudos que apontam para um forte impacto da dor crónica no absentismo, associado à baixa de rendimento escolar (Walker et al., 1995; Leo et al., 2010). Mais estudos serão necessários para compreender de forma mais completa se estes resultados identificam uma tendência de não impacto académico em amostras Portuguesas ou se este resultado se deveu a aspetos específicos desta amostra.

3. Explorar a relação entre a Gravidade e a Ansiedade Relacionada com a Dor com variáveis sociodemográficas e académicas e os com os Sintomas Emocionais em jovens que reportaram dor.

Tanto considerando todos os jovens que reportaram dor, como quando considerados apenas os que reportaram especificamente dor crónica, foram encontradas, respetivamente, associações fracas e moderadas, entre a ansiedade relacionada com a dor e a gravidade da mesma. Alguns autores defenderam que a ansiedade relacionada com a dor pode levar ao aumento de sintomas físicos, através de processos como o aumento da vigilância sobre estes, excitação autonómica ou erros de interpretação (Barsky & Klerman, 1983; Sullivan & Katon, 1993). Outros autores acrescentaram que a ansiedade aumenta a intensidade e frequência das dores experienciadas pelo adolescente (Hermann et al., 2008; Pagé et al., 2010).

Foi ainda encontrada uma associação significativa da ansiedade relacionada com a dor com os sintomas emocionais, tanto considerando todos os jovens com dor como quando considerados apenas os que relataram dor crónica. No estudo de validação da escala (Pagé et al., 2011) observaram-se correlações moderadas com a ansiedade geral e com a depressão, ou seja, com os sintomas emocionais, o que é concordante com os nossos resultados.

Além da associação encontrada entre a gravidade da dor e a ansiedade relacionada com a dor, foi ainda encontrada uma associação significativa da gravidade com os sintomas emocionais, quando considerado apenas o grupo de jovens com dor crónica. Sabemos que a dor pode aumentar as emoções negativas, podendo consistir num *stressor* importante na adolescência (Compas, 1999).

A ansiedade relacionada com a dor também mostrou uma associação com o sexo, sendo mais elevada nas raparigas, o que também se verificou no estudo de Pagé e colegas (2010), com uma amostra comunitária, mas não no dos mesmos autores com jovens após

cirurgia (Pagé et al., 2011). Outros estudos apresentam resultados que apontam para uma maior prevalência de problemas de internalização no sexo feminino (Egger et al., 1999; Larsson & Sund, 2005).

Finalmente, observou-se uma correlação fraca entre a ansiedade relacionada com a dor e a percepção de competência escolar nos jovens que reportaram dores, que é moderada quando se considera apenas o grupo com dor crônica. Este resultado é interessante, pois apesar de se ter verificado que os adolescentes que reportaram dor não se autoavaliavam como menos competentes, os que têm mais ansiedade relacionada com a dor tendem a auto avaliar-se como menos competentes, o que talvez possa ser explicado por um viés negativo na autoavaliação dos jovens mais ansiosos. No futuro será importante explorar quais os processos que poderão explicar esta associação.

4. Estudar as variáveis preditoras da Gravidade e da Ansiedade Relacionada com a Dor em jovens com dor crônica ou recorrente.

Considerando os resultados obtidos nas análises bivariadas, procurou identificar-se os preditores da gravidade de dor para o grupo de jovens com dor crônica. No modelo de predição obtido, explicando apenas 13% da variância, a única variável com valor explicativo foi a ansiedade relacionada com a dor, sendo que os sintomas emocionais não se mostraram um preditor significativo. Como já referido, o estudo original desta escala encontrou uma associação da ansiedade relacionada com a dor com a frequência do reporte de dor, sendo que a ansiedade relacionada com a dor predizia a frequência com que os jovens experienciavam dor (Pagé et al., 2010). Já no estudo posterior de validação desta escala, encontrou-se uma associação significativa entre ansiedade relacionada com a dor e intensidade da dor, logo após as cirurgias, não se verificando correlação significativa duas semanas após a intervenção cirúrgica (Pagé et al, 2011). Ainda no mesmo estudo de Pagé e colegas (2011) foram encontradas associação moderada da intensidade da dor com a depressão logo após a cirurgia e fraca, passadas duas semanas, enquanto que não foi verificada associação significativa com a ansiedade geral em nenhum dos momentos. Estes resultados sugerem que é a ansiedade relacionada com a dor em particular e não os sintomas emocionais mais gerais que permitem prever a gravidade da dor experienciada. No entanto, dada a inconsistência de resultados na literatura serão necessários mais estudos para verificar estas associações.

Em seguida, dada a relevância evidenciada da ansiedade relacionada com a dor e considerando os resultados das análises bivariadas, procurámos identificar os preditores da ansiedade relacionada com a dor, avaliando-se o papel do sexo, sintomas emocionais, competência escolar e gravidade da dor como preditores. Os resultados mostram que os sintomas emocionais explicam a maior percentagem de variância, sendo que a gravidade também é um preditor significativo. Assim, podemos constatar que enquanto a variância da gravidade da dor é mais explicada pela ansiedade especificamente relacionada com a dor, a variância nesta última dimensão é sobretudo explicada pelos sintomas emocionais mais gerais. No estudo de validação da escala de ansiedade relacionada com a dor (Pagé et al., 2011) observaram-se correlações moderadas com a ansiedade geral e com a depressão, ou seja, com os sintomas emocionais, o que é concordante com os nossos resultados.

Os resultados anteriores enfatizam a importância de considerar os sintomas gerais de internalização e de ansiedade relacionada com a dor, nomeadamente os indicadores mais específicos cognitivos (aumento da dificuldade de concentração durante a dor e pensamentos catastróficos sobre a dor), emocionais (medo das consequências e da amplificação da intensidade da dor), fisiológicos (reações físicas, tais como o acelerar do ritmo cardíaco) e comportamentais (esforços para evitar a dor e a sua exacerbação) na vivência de dor dos jovens (Pagé et al., 2010; Pagé et al., 2011).

## 5. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo global contribuir para o conhecimento da experiência de dor crónica ou recorrente na população adolescente portuguesa.

Os resultados obtidos são consistentes com a adequação da versão Portuguesa da escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS), disponibilizando assim uma versão que pode ser utilizada com objetivos exploratórios em estudos futuros. Realçam-se, igualmente, os resultados que apontam para uma elevada frequência, quer da dor em geral, quer da dor crónica ou recorrente, nos jovens da amostra. Mesmo nos jovens com dor crónica e ou recorrente verifica-se que uma percentagem importante recorre à medicação para controlo das dores, embora uma percentagem inferior reporte ter procurado ajuda médica, o que sugere a prática de automedicação em alguns destes jovens.

Os dados obtidos sugeriram que os jovens que reportam dor crónica ou recorrente têm uma perceção das dores como mais graves e intensas, comparados com os jovens com dor não crónica. Foi também observado que o grupo de jovens sem dores nos últimos três meses apresentou menos sintomas emocionais que os grupos que reportaram dor. Em relação ao impacto académico da dor crónica, não foram verificadas diferenças significativas quanto ao sucesso e autoconceito académico nos três grupos de jovens. Por fim, foi observado que a ansiedade relacionada com a dor nos jovens com dor crónica, pode prever uma percentagem, relativamente baixa, da perceção de gravidade da dor, enquanto que a ansiedade relacionada com a dor nestes jovens é mais explicada pela existência de sintomas emocionais do que pela gravidade da dor.

Os resultados descritos devem ser considerados tendo em conta as limitações deste estudo. Todas as medidas utilizadas são de auto relato, o que pode ter envolvido algum viés nas respostas dos jovens. Por outro lado, estas medidas foram respondidas num só momento (estudo transversal) não permitindo estabelecer-se relações de causalidade. A impossibilidade do acesso ao registo objetivo do absentismo dos jovens não permitiu verificar a associação com as outras variáveis académicas deste estudo. Também a regionalidade da amostra poderá constituir uma limitação, não permitindo a generalização dos resultados a um nível mais global da população. Embora a escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS) utilizada neste estudo apresente boa consistência interna, este foi o primeiro com população Portuguesa, necessitando-se assim de mais estudos para confirmar a sua validade, nomeadamente, através do teste-reteste.

Este estudo sugere a existência de uma componente psicológica na vivência da dor que orienta para a necessidade de intervenções multidisciplinares na dor em adolescentes. Especificamente nas intervenções psicológicas em jovens com dor crónica ou recorrente, o estudo sugere que devem ser focados não só os sintomas de internalização (ansiedade geral e depressão), como a ansiedade relacionada com a dor, nomeadamente, as dimensões já referidas, cognitivas, emocionais, fisiológicas e comportamentais.

Em estudos futuros nesta área, seria interessante alargar e diversificar a amostra, de forma a ser obtida uma perspetiva mais generalizável à população adolescente e que permita, também, uma leitura desenvolvimentista. Por outro lado, seria relevante realizarem-se estudos longitudinais que possibilitem estas análises em mais do que um momento no tempo, para uma melhor compreensão das relações entre sintomas emocionais, ansiedade relacionada com a dor e dor crónica. Por fim, seria importante, a nível clínico, a realização de estudos de intervenção que abordem a ansiedade relacionada com a dor de forma a testar a eficácia das intervenções tanto na prevenção, como no tratamento da dor crónica ou recorrente.

## Referências Bibliográficas

- Abu-Saad, H. H. (2010). Chronic pain in children and adolescents: a review. *IMed Leban*, 58, 5-110.
- Asmundson, G.J., & Wright, K. D. (2004). The biopsychosocial model of pain. In T. Hadjistawopoulos, & K. D. Craig (Eds.), *Pain: psychological perspectives*, 35-58. Erlbaum: NewJersey.
- Asmundson, G., Gomez-Perez, L., Richter, A., & Carleton, R. N. (2014). The psychology of pain: models and targets for comprehensive assessment. In H., van Griensven, J., Strong, A., Unruh (Eds.). *Pain: A Text Book for Health Professionals - 2nd Edition* (35-48).
- Bandell-Hoekstra, I., Abu-Saad, H., Passchier, J., Frederiks, C., Feron, F., & Knipschild, P. (2001). Prevalence and characteristics of headache in Dutch schoolchildren. *European Journal of Pain*; 5 (2), 145-53.
- Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *AM Journal Psychiatric*, 140, 273-283.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica - Perspectiva desenvolvimentista* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, S. M., Huntsman, E., & Lilley, C. M. (2000). Parent perceptions of the impact of chronic pain in children and adolescents. *Children's Health Care*, 29 (3), 147-159.
- Campo, J. V., Bridge, J., Ehmann, M., Altman, S., Lucas, A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2004). Recurrent abdominal pain, anxiety, and depression in primary care. *Pediatrics*, 113 (4), 817-824.
- Carter, B. D., Kronenberger, W. G., Threlkeld, B., & Townsend, A. (2013). The children's health & illness recovery program (CHIRP): feasibility and preliminary efficacy in a clinical sample of adolescents with chronic pain and fatigue. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2, 184-195.
- Campo, J. V., Comer, D. M., Jansen-McWilliams, L., Gardner, W., & Kelleher, K. J. (2002). Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. *Journal of Pediatrics*, 141, 76-83.
- Chan, E., Piira, T., & Betts, G. (2005). The school functioning of children with chronic and recurrent pain. *Pediatric Pain Letter*, 7, 11-16.

- Clark, D. (1999). "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine*, 49, 727–736.
- Compas, B. (1999). Coping and responses to stress among children with recurrent abdominal pain. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 323–324.
- Dahlquist, L. M., & Nagel, M. S. (2010). Chronic and recurrent pain. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology 4<sup>th</sup> edition*, 152–170. New York: Guilford.
- Dhanani, S., Quenneville, J., Perron, M., Abdoell, M., & Feldman, M. (2002). Minimal difference in pain associated with change in quality of life in children with rheumatic disease. *Arthritis Care & Research*, 47, 501–505.
- Eccleston, C., Bruce, E., & Carter, B. (2006). Chronic pain in children and adolescents. *Pediatric Nursing*, 18, 30–33.
- Eccleston, C., & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin*, 125, 356–366.
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., & Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. *Pain*, 108 (3), 221–229.
- Eccleston, C., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). The impact of chronic pain on adolescents: A review of previously used measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 684–97.
- Eccleston, C., McCracken, L. M., Jordan, A., & Sled, M. (2007). Development and preliminary psychometric evaluation of the parent report version of the Bath Adolescent Pain Questionnaire (BAPQ-P): A multidimensional parent report instrument to assess the impact of chronic pain on adolescents. *Pain*, 131, 48–56.
- Eccleston, C., Jordan, A., McCracken, L. M., Sled, M., Connell, H., & Clinch, J. (2005). The Bath Adolescent Pain Questionnaire (BAPQ): Development and preliminary psychometric evaluation of an instrument to assess the impact of chronic pain on adolescents. *Pain*, 118, 263–270.
- Eccleston, C., & Malleson, P. (2003). Managing chronic pain in children and adolescents: We need to address the embarrassing lack of data for this common problem. *BMJ*, 326, 1408–1409.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomachaches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 852–60.
- Fichtel, Å., & Larsson, B. (2002). Psychosocial impact of headache and comorbidity with other pains among Swedish school adolescents. *Headache*, 42, 766–775.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]. Retirado de [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).



- Gold, J. I., Mahrer, N. E., Yee, J., & Palermo, T. M. (2009). Pain, fatigue and health-related quality of life in children and adolescents with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 25, 407-412.
- Goodman, J. E., & McGrath, P. J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46 (3), 247-264.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *The American Psychologist*, 59, 795-805.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624.
- Hadjistavropoulos T., & Craig D. K. (2004). *Pain, psychological perspectives*. New Jersey: Mahwah.
- Haraldstad, K., Sørsum, R., Eide, H., Natvig, G. K., & Helseth, S. (2011). Pain in children and adolescents: prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25 (1), 27-36.
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- Hassett, A. L., Hilliard, P.E., Goesling, J., Clauw, D. J., Harte, S. E., & Brummett, C. M. (2013). Reports of chronic pain in childhood and adolescence among patients at a tertiary care pain clinic. *Journal Pain*, 14 (11), 1390-1397.
- Hermann, C., Hohmeister, J., Zohsel, K., Tuttas, M. L., & Flor, H. (2008). The impact of chronic pain in children and adolescents: development and initial validation of a child and parent version of the Pain Experience Questionnaire. *Pain*, 135, 251-26.
- Holm, S., Ljungman, G., & Soderlund, A. (2012). Pain in children and adolescents in primary care; chronic and recurrent pain is common. *Acta Paediatrica*, 101 (12), 1246-1252.
- Huguet, A., Eccleston, C., Miro, J., & Gauntlett-Gilbert, J. (2009). Young people making sense of pain: cognitive appraisal function and pain in 8-16 year old children. *European Journal Pain*, 13, 751-759.
- Huguet, A., & Miró, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *The Journal of Pain*, 9 (3), 226-236.
- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W., & van der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain

and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26 (3), 145-153.

Internacional Association for the Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Seattle: IASP.

Kashikar-Zuck, S., Goldschneider, K. R., Powers, S. W., Vaught, M. H., & Hershey, A. D. (2001). Depression and functional disability in chronic pediatric pain. *Clinical Journal of Pain*, 17 (4), 341–349.

Kashikar-Zuck, S., Vaught, M.H., Goldschneider, K. R., Graham, T. B., & Miller, J. C. (2002). Depression, coping, and functional disability in juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Journal Pain*, 3, 412-419.

King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152 (12), 2729-2738.

Kristjansdottir G. (1997). Prevalence of pain combinations and overall pain: a study of headache, stomach pain and back pain among school-children. *Scandinavian journal of social medicine*, 1, 58-63.

Lanser, P., & Gesell S. (2001). Pain Management: the fifth vital sign. *Healthcare Benchmarks*, 8 (6), 68-70.

Laurell, K., Larsson, B., & Eeg-Olofsson, O. (2005). Headache in schoolchildren: association with other pain, family history and psychosocial factors. *Pain*, 119, 150-158.

Leo, R. J. (2007). *Clinical manual of pain management in psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Incorporated.

Leo, R. J., Srinivasan, S., & Parekh S. (2010). The role of the mental health practitioner in the assessment and treatment of child and adolescent chronic pain. *Child and adolescent mental health*, 16 (1), 2-8.

Liakopoulou-Kairis, M., Alifieraki, T., Protagora, D., Korpa, T., Kondyli, K., Dimosthenous, E., Christopoulos, & G., Kovanis, T. (2002). Recurrent abdominal pain and headache – psychopathology, life events and family functioning. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 115-122.

Logan, D. E., Simons, L. E., Stein, M., & Chastain, L. (2008). School impairment in adolescents with chronic pain. *Journal of Pain*, 9, 407–416.

Mahrer, N., Montaña, Z., & Gold, J. (2012). Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 37 (7), 808-816.

Marzocchi, G., Capron, C., Di Pietro, M., Tauleria, E. D., Duyme, M., Frigerio, A., Gaspar, M. F., Hamilton, H., Pithon, G., Simoes, A., & Theroud C. (2004). The use of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 40–46.

- McCracken, L. M., & Dhingra, L. (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. *Pain Research & Management*, 7 (1), 45-50.
- McCracken, L. M., Gross, R. T., Sorg, P. J., & Edmunds, T. A. (1993). Prediction of pain in patients with chronic low back pain: Effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 647–652.
- Meltzer, L. J., Logan, D. E., & Mindell, J. A. (2005). Sleep patterns in female adolescents with chronic musculoskeletal pain. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 193–208.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, 6, 121–126.
- Melzack, R., Katz, J. (2004). The gate control theory: Reaching for the Brain. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.). *Pain: Psychological Perspectives* (303-322). Lawrence Erlbaum, Mahwah.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P. (1982). *O Desafio da Dor*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Mulvaney, S., Lambert, E. W., Garber, J., & Walker, L. S. (2006). Trajectories of symptoms and impairment for pediatric patients with functional abdominal pain: a 5-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 737-744.
- O’Sullivan, P., Beales, D., Jensen, L., Murray, K., & Myers, T. (2011). Characteristics of chronic non-specific musculoskeletal pain in children and adolescents attending a rheumatology outpatients clinic: a cross-sectional study. *Pediatric Rheumatology Online Journal*, 9 (1), 3-3.
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary care: clinics in office practice*, 35 (3), 533-546.
- Pagé, M., Campbell, F., Isaac, L., Stinson, J., Martin-Pichora, A., & Katz J. (2011). Reliability and validity of the Child Pain Anxiety Symptoms Scale (CPASS) in a clinical sample of children and adolescents with acute postsurgical pain. *Pain*, 152(9), 1958–1965.
- Pagé, M., Fuss, S., Martin, A., Escobar, E. & Katz, J. (2010). Development and Preliminary Validation of the Child Pain Anxiety Symptoms Scale in a Community Sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 1071-1082.

- Palermo, T. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: A critical review of the literature. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 58-69.
- Palermo, T. (2012). *Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in children and adolescents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Palermo, T., & Chambers, C. (2005). Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: an integrative approach. *Pain*, 119, 1-4.
- Palermo, T., Putnam, J., Armstrong, G., & Daily, S. (2007). Adolescent autonomy and family functioning are associated with headache-related disability. *The Clinical Journal of Pain*, 23, 458-465.
- Palermo, T., Wilson, A., Peters, M., Lewandowski, A., & Somhegyi, H. (2009). Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146 (1-2), 205-213.
- Pakalnis, A., Butz, C., Splaingard, D., Kring, D., & Fong, J. (2007). Emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache. *Journal of Child Neurology*, 22 (12), 1356-1359.
- Peixoto, F., Alves-Martins, M., Mata, L., & Monteiro, V. (1996). Adaptação da escala de auto conceito para adolescentes de Susan Harter para a população portuguesa. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machadon & M. R. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. IV, 531-537). Braga: APPORT.
- Peixoto, F., Alves-Martins, M., Mata, L., & Monteiro, V. (1997). Escala de Auto-Conceito para Adolescentes de Susan Harter. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. S. Almeida, & M. R. Simões (Eds.) *Avaliação psicológica: formas e contextos* (Vol. V, 277-284). Braga, PT: APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain*, 87 (1), 51-58.
- Petersen, S., Brulin, C., & Bergström, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain*, 121, 145-150.
- Pine, D., Cohen, P., & Brook, J. (1996). The association between major depression and headache: Results of a longitudinal epidemiological study in youth. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 6, 153-164.
- Reid, G., Lang, B., & McGrath, P. (1997). Primary juvenile fibromyalgia. Psychological adjustment, family functioning, coping, and functional disability. *Arthritis & Rheumatism*, 40 (4), 752-760.
- Reigota, R. (2015). *Estudo da prevalência da dor crónica em estudantes do 9º ano* (tese de mestrado). Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde, Covilhã.

- Rome, H. Jr., & Rome, J. (2000). Limbically augmented pain syndrome (LAPS): Kindling, corticolimbic sensitization, and the convergence of affective and sensory symptoms in chronic pain disorders. *Pain Medicine*, 1, 7–23.
- Rosenzweig, M., Breedlove, S., & Leiman, A. (2002). *Biological psychology: An introduction to behavioural, cognitive, and clinical neuroscience* (3<sup>rd</sup> ed.). Sunderland, M.A.: Sinauer.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005) Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115, 152-156.
- Saunders, C. (1967) *The Management of Terminal Illness*. Hospital Medicine Publications Ltd, London.
- Schechter, N. L., Berde, C. B., & Yaster, M. (2003). *Pain in Infants, Children, and Adolescents* (2nd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Scholz, J., & Woolf, C. (2007). The neuropathic pain triad: Neurons, immune cells and glia. *Nature Neuroscience*, 10, 1361-1368.
- Sillanpää, M., & Anttila, P. (1996). Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. *Headache*, 36, 466–70.
- Simons, L., Claar, R., & Logan, D. (2008). Chronic pain in adolescence: Parental responses, adolescent coping, and their impact on adolescent's pain behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (8), 894-904.
- Stanford, E., Chambers, C., Biesanz, J., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, 138 (1), 11-21.
- Sullivan, M., & Katon, W. (1993). Somatization: The path from distress to somatic symptoms. *American Pain Society Journal*, 2, 141-149.
- Thompson, R., Gil, K., Abrams, M., & Phillips, G. (1992). Stress, coping, and psychological adjustment of adults with sickle cell disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 433-440.
- Thompson, S. (1985). Finding positive meaning in a stressful event and coping. *Basic and Applied Psychology*, 6, 279-295.
- Turk, D., & Flor, H. (1999). Chronic pain: A biobehavioral perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives* (18–34). New York: Guilford Press.
- Vervoort, T., Goubert, L., Eccleston, C., Bijttebier, P., & Crombez, G. (2006). Catastrophic thinking about pain is independently associated with pain severity, disability, and somatic complaints in school children and children with chronic pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (7), 674-683.

- Walker, L., Dengler-Crish, C., Rippel, S., & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain*, 150 (3), 568-572.
- Walker, L., Garber, J., VanSlyke, D., & Greene, J. (1995). Long-term health outcomes in patients with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 233-45.
- Walker, L., & Greene, J. (1989). Children with recurrent abdominal pain and their parents: More somatic complaints, anxiety, and depression than other patient families. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 231-243.
- Walker, L., Guite, J., Duke, M., Barnard, J., & Greene, J. (1998). Recurrent abdominal pain: a potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescents and young adults. *The Journal of pediatrics*, 132 (6), 1010-1015.
- Wallander, J., & Varni, J. (1992). Adjustment in children with chronic physical disorders: Programmatic research on a disability-stress-coping model. In A. LaGreca, L. Siegel, J. Wallander & C. Walker (Eds.). *Stress and Coping in Child Health* (279-298). New York: Guilford.
- Zieglansberger, W., Berthele, A., & Tolle, T. (2005). Understanding neuropathic pain. *CNS Spectrums*, 10, 298-308.
- Zvolensky, M., Goodie, J., McNeil, D., Sperry, J., & Sorrell, J. (2001). Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (6), 683-696.

## Anexos

### Anexo I. Autorização de Inquérito em Meio Escolar

**De:** [mime-noreply@gepe.min-edu.pt](mailto:mime-noreply@gepe.min-edu.pt)

**Enviado:** 24 de fevereiro de 2017 12:20

**Para:** [Luisa Barros](#)

**Assunto:** Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0468900003

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0468900003, com a designação *Dor crónica ou recorrente, ansiedade relacionada com a dor e impacto escolar numa amostra de adolescentes Portugueses.*, registado em 24-01-2017, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Luisa Barros

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo - Agrupamento de Escolas de Azambuja. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque sensíveis e onerosos, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Devem ser cumpridas as disposições da Deliberação da CNPD nº 133/2017 de 24 de janeiro nos termos e condições fixados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais.
- c) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.



UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

**INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS ENCARREGADOS  
DE EDUCAÇÃO  
ESTUDO: DOR EM ADOLESCENTES PORTUGUESES**

Vimos solicitar a sua autorização para que o seu filho/a sua filha possa participar neste estudo. Se concordar, por favor assine e peça-lhe que entregue a autorização (apenas a 2ª folha) ao Diretor de Turma:

**Quais são os objetivos deste estudo?** Este projeto pretende estudar a experiência de dor em adolescentes da população geral. Vamos pedir aos jovens que respondam a um conjunto de questionários simples sobre as suas experiências de dor ocasional ou repetida e prolongada, e sobre alguns outros elementos que permitem conhecer melhor os adolescentes.

**Para que servem os resultados deste estudo?** O objetivo deste projeto é recolher dados para estudar a experiência de dor prolongada ou repetida em adolescentes da população em geral e compreender melhor o que os jovens pensam sobre essa experiência.

**Quem organiza a investigação?**

Este é um estudo decorrente de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A orientadora desta dissertação é a Professora Doutora Luísa Barros.

**O que é pedido?** Que o seu filho/educando responda a algumas questões sobre si próprio e sobre as experiências de dor durante o último mês. Em seguida, e só para aqueles que tiveram experiência de dor, pedimos que respondam a 4 breves questionários que procuram conhecer melhor o jovem e as suas experiências de dor. O preenchimento dos questionários deve demorar cerca de 20 minutos.

**O seu filho é obrigado a participar?** A participação é inteiramente voluntária e a qualquer momento pode ser interrompida, sem que por isso o seu educando seja prejudicado. No entanto, realçamos que é muito importante para nós termos o maior número de participantes possíveis. Este estudo poderá ajudar os especialistas a conhecerem melhor as experiências de dor prolongada ou repetida em jovens sem doença e a encontrar melhores formas de os ajudar.

**Quem é que tem acesso aos dados?** Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais. Não há registo do nome do aluno. Cada questionário terá apenas o registo do ano escolar, sexo e idade do participante. A análise dos dados será anónima e os dados serão analisados em grupo, sem permitir identificação individual.



**Dúvidas:** Se tiver alguma dúvida sobre o estudo, a qualquer momento pode contactar a investigadora responsável: Maria Silva ([mariarsilva@campus.ul.pt](mailto:mariarsilva@campus.ul.pt) ).

-----

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO  
ESTUDO: DOR EM ADOLESCENTES PORTUGUESES**

Eu, Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a), \_\_\_\_\_ (primeiro e  
último nome),


Declaro que autorizo o meu educando a preencher os questionários relativo à investigação. ☐

Declaro que não autorizo o meu educando a preencher os questionários relativo à investigação ☐


Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação:

\_\_\_\_\_

### Anexo III. Explicação do estudo aos jovens



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA



U  
LISBOA  
UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Caros jovens,**

**Este projeto pretende estudar a experiência de dor em adolescentes.**  
**Pedimos-te que respondas a um conjunto de questionários simples sobre as**  
**tuas experiências de dor, e sobre alguns outros elementos que permitem**  
**conhecer melhor os adolescentes. O preenchimento dos questionários deve**  
**demorar cerca de 30 minutos.**

**Para que servem os resultados deste estudo?** O objetivo deste projeto é  
recolher dados para estudar a experiência de dor prolongadas ou repetidas em  
adolescentes e compreender melhor o que os jovens pensam sobre essa  
experiência.

**Sou obrigado a participar?** A participação é inteiramente voluntária e a  
qualquer momento pode ser interrompida, sem que por isso sejas  
prejudicado. No entanto, realçamos é muito importante para nós termos o  
maior número de participantes possíveis.

**Quem é que tem acesso aos dados?** As tuas respostas serão tratadas de forma  
anónima e em grupo, sem permitir a identificação individual.

**Dúvidas:** Se tiveres alguma dúvida sobre o estudo, a qualquer momento  
podes contactar a investigadora responsável: Maria Silva  
([mariaasilva@campus.ul.pt](mailto:mariaasilva@campus.ul.pt)).

#### Anexo IV. Primeira questão do questionário “Dor em Adolescentes”



UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



Dor em Adolescentes  
(traduzido e adaptado de Perquin, 2000)

Onde tens dor? (se necessário, podes assinalar mais do que uma caixa)

- ☐ dor de cabeça
- ☐ dor de barriga
- ☐ dor nas costas
- ☐ dor de garganta
- ☐ dor de ouvidos
- ☐ dor nos braços ou nas pernas
- ☐ dor por todo o corpo
- ☐ outra, qual?

**Anexo V.** Primeira questão da versão portuguesa da escala de ansiedade relacionada com a dor (CPASS)

**CPASS**  
(traduzido e adaptado de Page et al, 2010)

As frases seguintes referem-se ao modo como as pessoas pensam, sentem e se comportam quando têm dores. Para cada frase escolhe um número de 0 a 5 que melhor descreva a frequência com que tu pensas, sentes ou te comportas assim quando sentes dores. 0 significa que nunca pensas, sentes ou te comportas assim e 5 significa que pensas, sentes ou te comportas assim sempre.

0	1	2	3	4	5
Nunca penso, sinto ou me comporto assim					Penso, sinto ou comporto-me sempre assim

1. Penso que se a minha dor se torna muito forte, nunca mais vai melhorar.

2. Quando eu sinto dor tenho medo que algo terrível vá acontecer.

3. Vou logo descansar quando a minha dor se torna muito forte.

4. O meu corpo começa a tremer quando estou a fazer uma atividade que piora a minha dor.